



Comorbid pathology:  
peptic ulcer and arterial hypertension

**Yabluchanskyi (Yabluchansky) M., Tomina E.,  
Bychkova O., Martymyanova L.**



## **Коморбидная патология: язвенная болезнь и артериальная гипертензия**

**Серая Т.С., Томина Е.Е., Бычкова О.Ю., Мартимьянова Л.А.  
Яблучанский Н.И.**

# Коморбидная патология

- Термин «коморбидный» обозначает наличие более двух и более заболеваний у пациента, имеющих независимое друг от друга происхождение
- Для стандартизации научных исследований предложены индексы коморбидности:
  - Индекс Чарлсона (Charlson Index) – используется для прогноза смертельного исхода в течение 3 лет у пациента с коморбидными заболеваниями
  - Кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale) – оценивает все системы организма без специфических диагнозов
  - Индекс сочетанной болезни (Index of Coexisting Disease) – учитывает тяжесть заболеваний и нетрудоспособность

# Реальная клиническая практика

- Не болезни, но пациенты
- Высокая частота желудочно-кишечных (ЖКЗ) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)
- В структуре ЖКЗ одно из ведущих мест занимает язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (18,5%). Артериальная гипертензия лидирует среди ССЗ (46,2%)
- Распространенность ЯБ в Украине составляет около 6% популяции и растет с каждым годом (за период с 1997 по 2002 гг. на 12,0%), АГ – около 29,3% населения
- С возрастом происходит существенное увеличение распространенности и АГ, и ЯБ. По разным данным заболеваемость АГ в сочетании с ЯБ в популяции составляет 1,1–15,2 %.

# Наш пациент

- К.С.Т.
- Женщина
- 64 года
- Пенсионерка, в прошлом – работник умственного труда
- Жительница города

# Жалобы

- Боль в эпигастральной области: периодическая, умеренной силы, жгучего характера, без иррадиации, возникающая через час после приема пищи
- Чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области после приема пищи
- Одышка при значительной физической нагрузке

# Анамнез заболевания

## ○ ЯБ:

- В 2007 г. впервые возникли боли в эпигастральной области. ФЭГДС — активная язва передней стенки антрального отдела желудка (5 мм).

3-х недельный курс противоязвенной терапии: фамотидин (блокатор  $H_2$ -рецепторов) 20 мг х 2р/сут, гидроокись алюминия (антацид), висмута субцитрат (гастроцитопротектор).

Обострения периодически — весне-осенний период, соблюдала диету, лекарственные препараты не принимала

- Настоящее обострение 2 недели назад, после погрешности в диете, в связи с чем обратилась к врачу

# Анамнез заболевания

## ○ АГ:

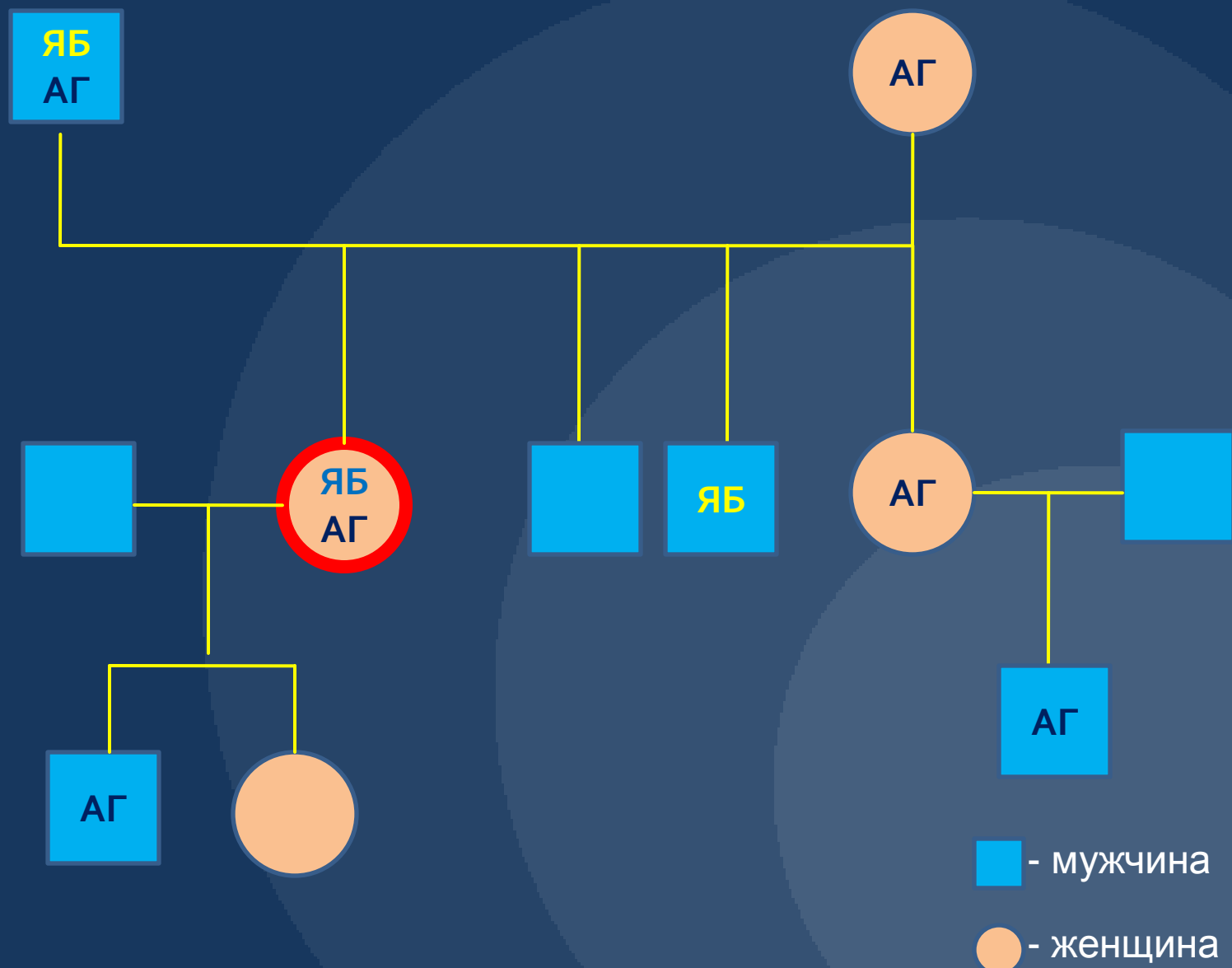
- повышение АД на протяжении 4 лет, до терапии – 150/ 90 мм рт.ст., при гипертонических кризах– 180/100мм рт.ст. Принимала: периндоприла аргинин (ингибитор АПФ) 2,5 мг и индапамид (тиазидоподобный диуретик) 0,625 мг - утром.
- 3 года терапии АД стабильное (до 140/90 мм рт.ст.)
- полгода назад повышение АД - 150/90 мм рт.ст.
- повышение АД не сопровождается клиническими проявлениями
- одышка при нагрузке - около двух лет



# Анамнез жизни

- Режим питания – нерегулярный, с длительными промежутками между приемами пищи
- Респираторные заболевания – периодически в осенне-зимний период
- Вирусный гепатит, туберкулёз, сахарный диабет, венерические заболевания и ВИЧ отрицает
- Операций и травм не было
- Аллергологический анамнез не отягощен
- Вредных привычек нет

# Наследственный анамнез



# Объективный статус

- Общее состояние удовлетворительное
- Телосложение правильное, рост – 162 см, масса тела – 74 кг, ИМТ (A. Quetelet) – 28
- АД 148/90 мм рт.ст., Ps – 78 уд/мин., ритмичный.
- Верхушечный толчок на 1 см кнутри от левой срединоключичной линии в V межреберье
- Патологической пульсации в предсердной области нет
- Ритм сердечной деятельности правильный, ЧСС - 78 уд.мин.
- Тоны сердца звучные, сердечные шумы не выслушиваются
- При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне
- Другие органы и системы в пределах нормы

# Клинический анализ крови

Показатели	Результаты	Норма
Эритроциты, $10^{12}/л$	4,1	4,0-5,1
Гемоглобин, г/л	127	120-140
ЦП	0,9	0,85-1,05
СОЭ, мм/ч	3	2-10
Лейкоциты, $10^9/л$	6,8	4-9
Нейтрофилы П/я, %	2	1-6
Нейтрофилы С/я, %	51	45-70
Эозинофилы, %	2	0-5
Лимфоциты, %	38	18-40
Моноциты, %	7	2-9

В пределах нормы

# Клинический анализ мочи

Показатели	Результаты	Норма
Количество, мл	110	100-150
Цвет	Желтый	Желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Относительная плотность	1,014	1,010-1,025
pH	6,5	4,5-8,0
Белок	Не обнаружен	Не обнаружен
Лейкоциты	2-3 в п/з	Един. в п/з
Эритроциты	Не обнаружен	Не обнаружен
Сахар	Не обнаружен	Не обнаружен

В пределах нормы

# Биохимический анализ крови

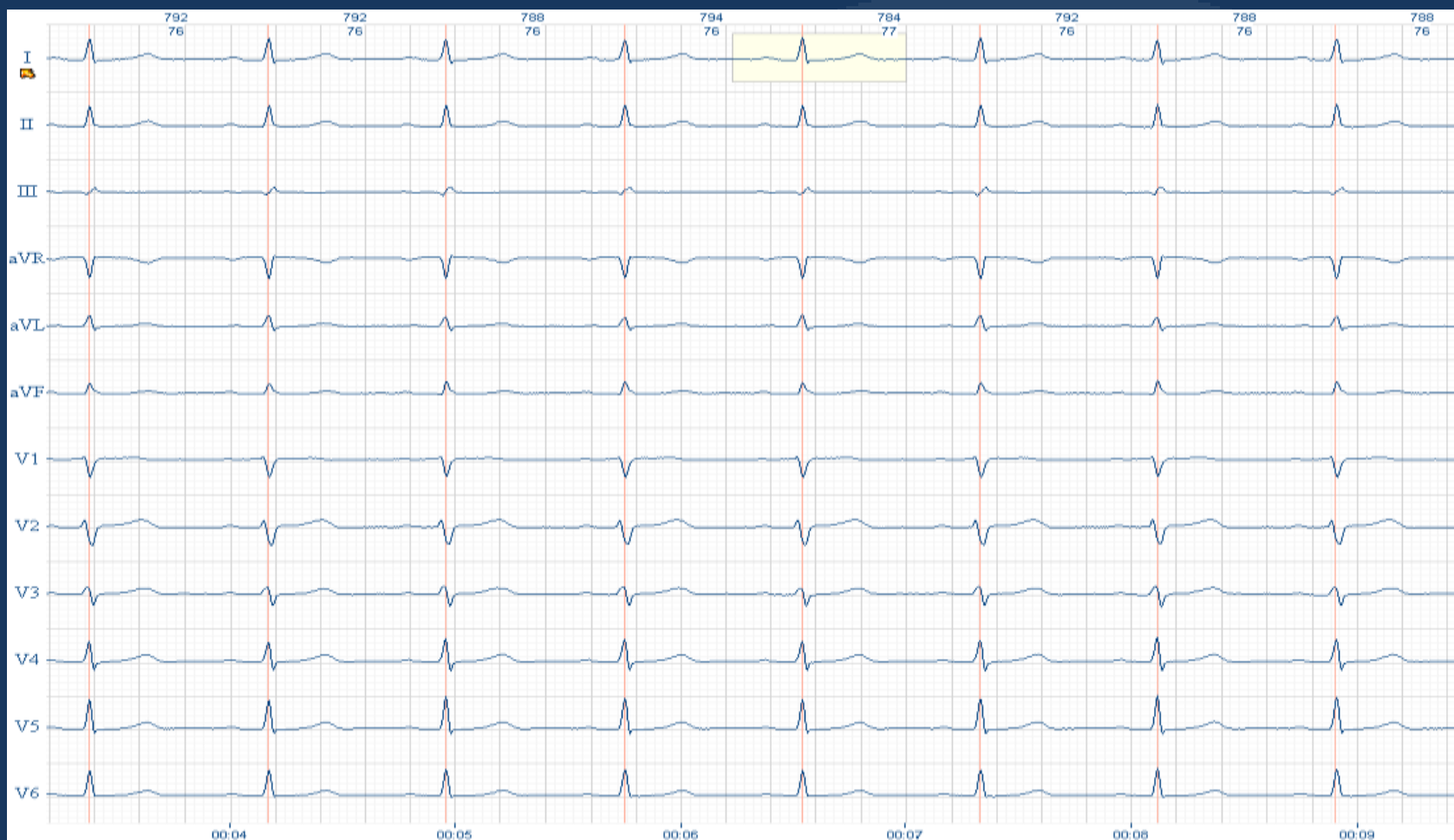
Показатели	Результаты	Норма
Общий белок, г/л	75	70 - 90
Общий билирубин, ммоль/л	14	8,5 – 20,5
АЛТ, мкмоль/(ч·л)	0,26	0,1 – 0,68
АСТ, мкмоль/(ч·л)	0,18	0,1 – 0,45
ЩФ, мкмоль/(ч·л)	0,9	0,7 – 2,3
Мочевина, ммоль/л	5,4	4,2 – 8,32
Креатинин, мкмоль/л	75	50 - 115
Калий, ммоль/л	4,2	3,6 – 6,3
Натрий, ммоль/л	145	135 - 152
Глюкоза, ммоль/л	3,5	3,3 – 5,5

# Липидограмма

Показатель	Результат	Границы
Холестерин общий, ммоль/л	5,3	Допустимые – менее 5,2 Пограничные – 5,2 -6,5 Повышенные – более 6,5
Триглицериды, ммоль/л	1,79	Допустимые – менее 1,71 Пограничные – 1,71 -2,28 Повышенные – более 2,28
ЛПВП, ммоль/л	1,44	Норма – 0.8 – 2.1
ЛПНП, ммоль/л	3,0	Допустимые – менее 3,4 Пограничные – 3,4 - 4,15 Повышенные – более 4,15
Коэффициент атерогенности	2,7	до 3,5

Пограничные значения общего холестерина и триглицеридов, остальные – в пределах нормы

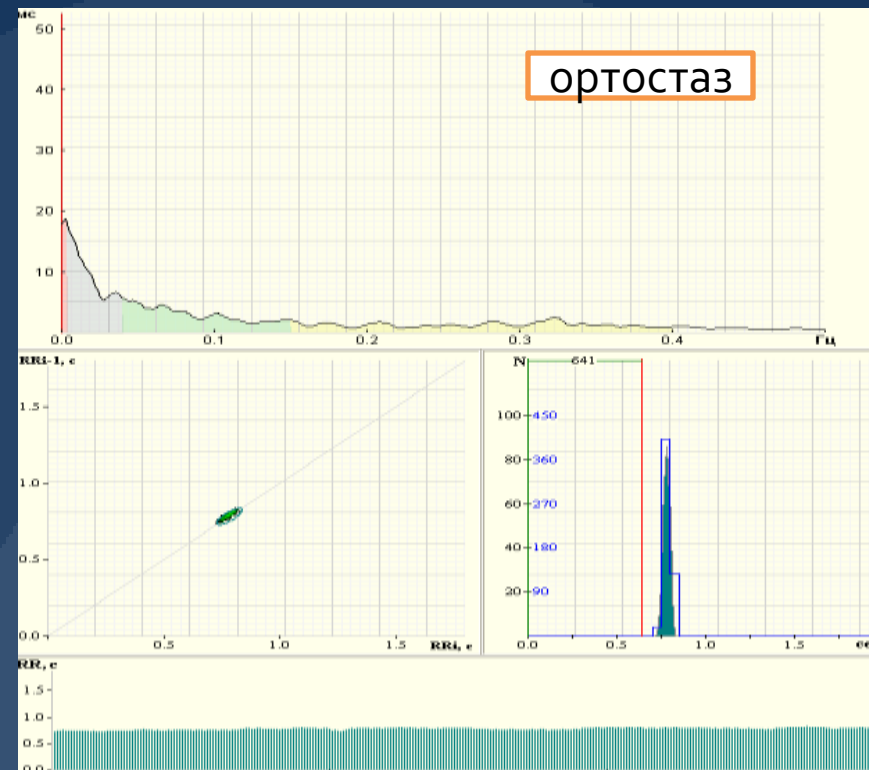
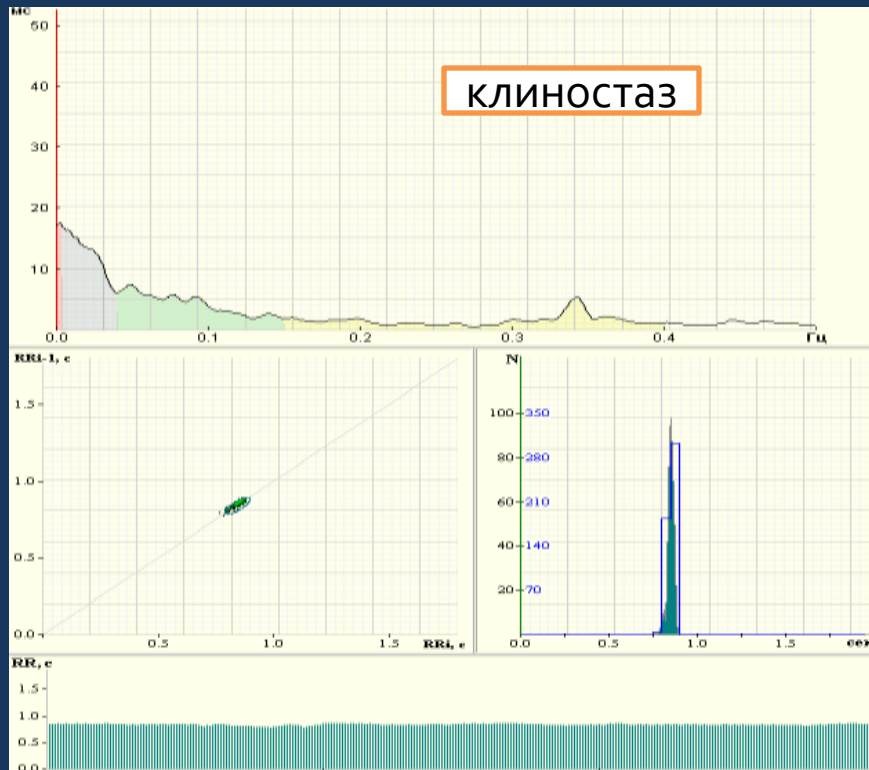
# ЭКГ



Ритм синусовый, правильный, электрическая ось сердца отклонена влево, ЧСС 76 уд/мин



# Вариабельность сердечного ритма



АД – 144/75 мм рт.ст  
ЧСС – 70 уд/мин

TP – 301,3  $\text{мс}^2$   
LF/ HF – 2,6

АД – 162/93 мм рт.ст.  
ЧСС – 93 уд/мин

TP – 350  $\text{мс}^2$   
LF/ HF – 2,6

Гипертензивный тип ОР САД и ДАД, позитивная ОР ЧСС

TP ВСР – низкая (при 300-1500  $\text{мс}^2$ ), преобладание симпатического звена регуляции,  
ОР TP ВСР – неправильная, ОР LF/ HF отсутствует

# Эхокардиография

Показатели	Результаты	Норма
Диаметр аорты, мм	30	20 - 37
Раскрытие створок аортального клапана, мм	20	15 - 26
Левое предсердие, мм	32	≤ 40
Правый желудочек, мм	20	≤ 30
МЖП/С, мм	14	10 - 15
МЖП/Д, мм	7	6 - 11
КДР, мм	44	35 - 55
КДО, см <sup>3</sup>	90	50 - 147
Задняя стенка, мм	9	8 – 11
КСР, мм	30	22 - 40
КСО, см <sup>3</sup>	34	26 - 69
Фракция изгнания, %	62	55 - 75
Раскрытие створок митрального клапана, мм	26	≥ 20

Стенки аорты и створки клапана уплотнены, движение створок митрального клапана разнонаправленно; в области МЖП, верхушки сердца, задней стенки – очаги фиброза  
Заключение: аотрокардиосклероз

# УЗИ органов брюшной полости

- Печень: размеры не увеличены, контур ровный, эхогенность повышенная, структура однородная, объемные образования не определяются
- Желчный пузырь: размеры обычные, форма овальная, стенка утолщена, уплотнена, содержимое гомогенное, объемные структуры и эхопозитивные включения не определяются
- Поджелудочная железа: визуализируется, контуры четкие, размеры не увеличены, эхогенность повышенная, структура однородная, объемные образования не определяются
- Почки: расположение обычное, форма обычная, контур ровный, паренхима не изменена, чашечно-лоханочная система не изменена

Заключение: Диффузные изменения печени и поджелудочной железы (в пределах возрастных изменений)

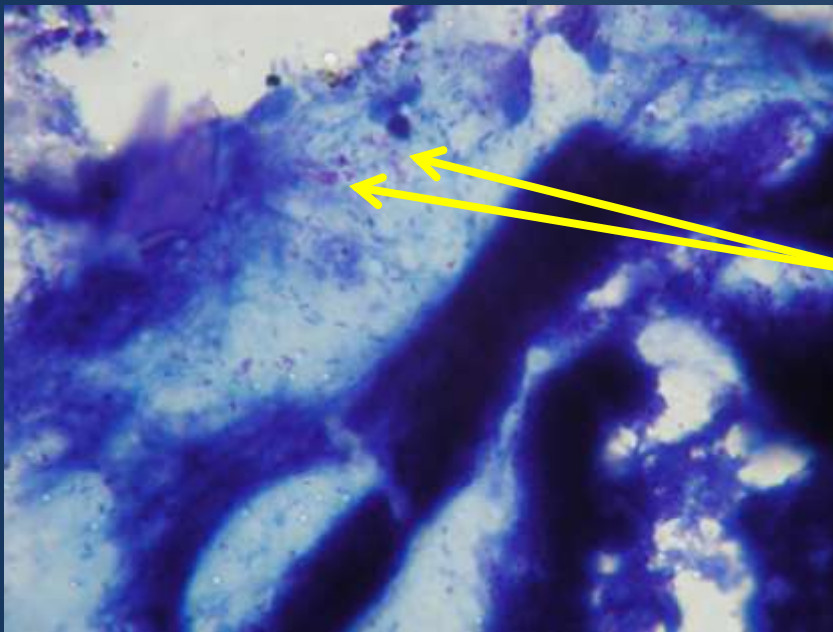
# Фиброэзофагогастродуоденоскопия

- Эзофагоскопия: просвет нормальный, сфинктер зияет, гиперемия слизистой в дистальном отделе
- Гастроскопия: просвет нормальный, слизистая умеренно гиперемирована, в антральном отделе определяется язвенный дефект 6 мм в диаметре, покрытый фибрином, с валом воспаления вокруг
- Дуоденоскопия: просвет нормальный, слизистая нормальная

Заключение: язва антрального отдела желудка 6мм, активная стадия

# Тесты на *Helicobacter pylori*

- Быстрого уреазный (Pliva lahema) – **Hp-положительный (++)**
- Гистологический (Окраска по Романовскому-Гимзе)



На поверхности эпителиального  
пласта в толще слоя слизи  
***Helicobacter pylori***  
(высокая степень контаминации)

# Основные клинические синдромы

- Язва антрального отдела желудка
- Болевой
- Гастростаз
- Инфицированность *Helicobacter Pylori*
- Артериальная гипертензия
- Избыточная масса тела (предожирение)

# Клиническая классификация ЯБ

(Малая Л.Т., Хворостинка В.Н.)

## ○ Локализация язвы:

- язва желудка;
- язва ДПК ;
- сочетанные язвы желудка и ДПК;
- гастроеюнальная язва (язва анастомоза).

## ○ Этиология:

- Нр-положительная язва;
- Нр-негативная язва;
- лекарственная ;
- стрессовая;
- при эндокринологических болезнях (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз);
- при болезни Крона, лимфоме или саркоидозе;
- при заболеваниях внутренних органов (цирроз печени, ХНЗЛ);
- идиопатическая;
- смешанная (НР и другой установленный этиологический фактор).

# Клиническая классификация ЯБ

(Малая Л.Т., Хворостинка В.Н.)

- Стадия язвенного процесса:
  - активная (острая, свежая);
  - заживления;
  - рубцевания.
- Сопутствующие морфофункциональные изменения:
  - локализация и активность гастрита и дуоденита;
  - наличие и степень выраженности атрофии слизистой оболочки;
  - наличие кишечной метаплазии;
  - наличие эрозий, полипов;
  - наличие гастроэзофагеального или дуоденогастрального рефлюксов;
  - характеристика секреторной и моторной функций.
- Осложнения:
  - кровотечение;
  - перфорация;
  - пенетрация;
  - стеноз;
  - малигнизация.



# Эндоскопическая классификация ЯБ

(Sakita T., 1971; B. Block, 2007)

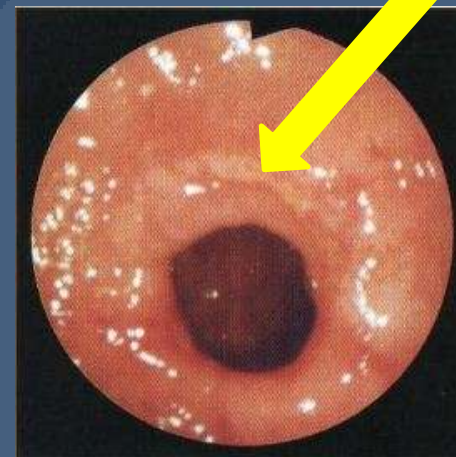
## ➤ I стадия – активная (A1-2):

- округлая, овальная, штампованная форма (A1)
- воспалительно-отечная стенка
- покрыта фибрином
- гематин
- культия сосуда: темное пятно размером 1-2 мм
- воспалительный вал вокруг язвы (A2)



## ➤ II стадия – заживления (H1-2):

- край язвы уплощен и неоднороден
- гиперемия слизистой нарастает от края к центру
- дно язвы покрыто фибрином
- дно язвы покрыто красноватой слизистой
- равномерная конвергенция складок к язве (H1)
- оставшаяся плоская язва (H2)

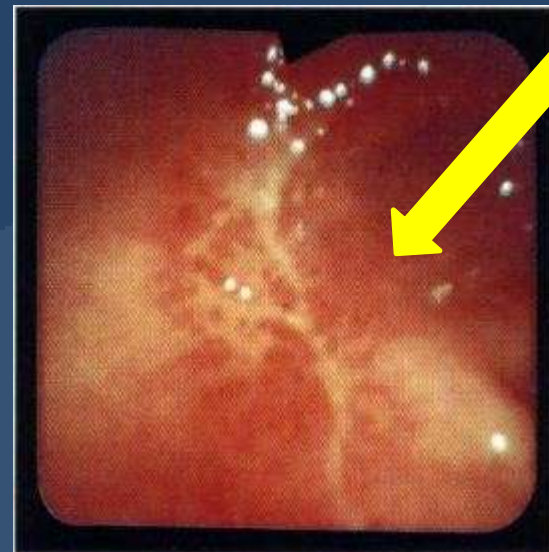


# Эндоскопическая классификация ЯБ

(Sakita T., 1971; B. Block, 2007)

## ➤ III стадия – рубцевания (S1-2):

- светлое пятно
- атрофия слизистой
- складки идут к рубцу, образуя звезду
- красный рубец (S1)
- белый рубец (S2)



# Классификация АГ по уровню АД

(рекомендации Ассоциации Кардиологов Украины, 2008)

Категории	САД (мм рт.ст.)	ДАД (мм рт.ст.)
Оптимальное АД	< 120	< 80
Нормальное АД	< 130	< 85
Высокое нормальное АД	130 – 139	85 – 89
<b>Гипертензия:</b>		
<b>1 степень (Мягкая АГ)</b>	<b>140 – 159</b>	<b>90 – 99</b>
2 степень (Умеренная АГ)	160 – 179	100 – 109
3 степень (Тяжелая АГ)	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140	≤ 90

В соответствии с этой классификацией, АГ является повышение САД на 140 мм рт.ст. и более и/или повышение ДАД на 90 мм рт.ст. и более, если такое повышение является стабильным, т.е. подтверждается при повторных измерениях АД (не менее 2-3 раз в разные дни на протяжении 4 недель)

# Классификация АГ по поражению органов-мишеней

(рекомендации Ассоциации Кардиологов Украины 2008)

Стадия I	Объективные изменения со стороны органов-мишеней отсутствуют
Стадия II	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней без симптомов с их стороны или нарушения функции:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, УЗИ, Ro);</li><li>○ генерализованное сужение артерий сетчатки;</li><li>○ микроальбуминурия и/или небольшое увеличение концентрации креатинина ( у м. – 115 – 133 ммоль/л, у ж. – 107 – 124 ммоль/л);</li><li>○ поражение сонных артерий – утолщение интимы-медии &gt; 0,9 мм или наличие атеросклеротических бляшек.</li></ul>
Стадия III	<p>Есть объективные признаки поражения органов-мишеней с симптомами с их стороны и нарушением функции</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ сердце – инфаркт миокарда, сердечная недостаточность II А - III стадии;</li><li>○ мозг – инсульт, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, сосудистая деменция;</li><li>○ глазное дно – кровоизлияние и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него;</li><li>○ почки – концентрация креатинина в плазме у мужчин &gt; 133 мкмоль/л , у женщин &gt; 124;</li><li>○ сосуды – расслаивающая аневризма аорты; окклюзия периферических артерий.</li></ul>

# Классификация ожирения по ИМТ, ВОЗ (1997)

Тип массы тела	Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>
Недостаточная (дефицит) масса тела	< 18,5
Норма	18,5—24,99
Избыточная масса тела (предожирение)	25—29,99
Ожирение первой степени	30—34,99
Ожирение второй степени	35—39,99
Ожирение третьей степени	≥40

# Клинический диагноз

- ОСНОВНОЙ:

Язвенная болезнь, активная фаза, язва антрального отдела желудка по передней стенке 6 мм в диаметре, НР-положительная, функциональный гастростаз

- СОПУТСТВУЮЩИЕ:

Артериальная гипертензия I стадия, 1 степень  
Избыточная масса тела (предожирение)

# Рекомендации по модификации образа жизни

- Регулярный, дробный (5-6 раз в день) прием пищи, контроль за калорийностью пищи (до 1500ккал/день)
- Диета а с исключением из рациона жирной, жареной, острой, горячей пищи, грубой клетчатки, с ограничением соли до 4,7 – 5,8 г/с, с подсчетом
- Регулярная физическая активность (ходьба, бег трусцой, плавание 30 - 45 мин 3 - 4 раза в неделю)
- Снижение массы тела

# Противоязвенная терапия

## 1. Антихеликобактерная схема (Маастрихтский консенсус-III, 2005)

### ○ Эрадикационная терапия “первой линии”

1. ИПП 2 раза в день

2. Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или метронидазол 500 мг 2 раза в день)

14 дней

### ○ Эрадикационная терапия “второй линии”

1. Коллоидный субцитрат/субсалицилат висмута 120 мг 4 раза в день.

2. ИПП 2 раза в день.

3. Тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

4. Метронидазол 500 мг 2 раза в день

2. Домперидон 10 мг 3 раза в день (14 дней)



# Медикаментозная терапия АГ

(рекомендации Ассоциации Кардиологов Украины  
по профилактике и лечению АГ, 2008)

- Липразид 10 мг (лизиноприл 10 мг + гипотиазид 12,5 мг) – утром
- Лизиноприл 5 мг - вечером

Длительно под контролем АД

# Дальнейшие рекомендации

- ФЭГДС- контроль – через 3 недели противоязвенной терапии
- Контроль АД в домашних условиях
- Визит через 3 недели

# В динамике:

## Визит 2 (через 3 недели)

- Состояние удовлетворительное
- АД 135/ 66, ЧСС – 78 уд/мин
- Жалобы на боли в эпигастральной области отсутствуют, сохраняются – на тяжесть в эпигастральной области после приема пищи
- Эффективный контроль АД (до 140/90 мм рт.ст)

Дальнейшие рекомендации:

- 1) Соблюдение диетических рекомендаций;
- 2) ИПП (в стандартной дозе) 1 раз в день, утром за полчаса до приема пищи, 14 дней;
- 3) Домперидон 10 мг 3 раза в день, за 10-15 минут до еды, 14 дней
- 4) Липразид 10 мг – утром, лизиноприл 5 мг вечером, длительно
- 5) Домашний контроль АД

# В динамике:

## Визит 3 (через 6 месяцев)

- Состояние удовлетворительное
- АД 120/ 65, ЧСС – 75 уд/мин
- Жалоб нет
- Обострений ЯБ не было
- Эффективный контроль АД (до 140/90 мм рт.ст)

Дальнейшие рекомендации:

- 1) Соблюдение диетических рекомендаций
- 2) При появлении симптомов ЯБ - терапия «по требованию» (ИПП, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов в стандартных дозах)
- 3) При чувстве тяжести в эпигастральной области после приема пищи - Домперидон 10 мг 3 раза в день
- 4) Липразид 10 мг – утром, лизиноприл 5 мг вечером, длительно
- 5) Домашний контроль АД
- 6) Липидограмма 1 раз в год, ФЭГДС – 1 раз в год

# Прогноз

- **ЯБ:** при условии соблюдения диетических рекомендаций, диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога, проведения своевременной профилактической ФЭГДС, своевременной и адекватной противоязвенной терапии – благоприятный
- **АГ:** при условии диспансерного наблюдения у кардиолога, контроля АД в домашних условиях, стабильной антигипертензивной терапии, контроля массы тела и холестерина крови – благоприятный

Благодарим за внимание!